

Kan någon förklara för mig?

Föräldrars upplevelser av att ha barn på sjukhus

FÖRFATTARE

Fredrik Eklund
Helene Törnblom

PROGRAM/KURS

Sjuksköterskeprogrammet
180 högskolepoäng

Examensarbete i omvårdnad
OM5250

HT 2011

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Kristina Andersson

EXAMINATOR

Annika Janson-Fagring

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



Titel (svensk):	Kan någon förklara för mig?
Titel (engelsk):	Can someone explain to me?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs/kurskod:	Examensarbete i omvårdnad OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Fredrik Eklund Helene Törnblom
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Annika Janson Fagring

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Familjefokuserad omvårdnad har rötter i vårt samhälle från förhistoriska tider. Då sjukvården från början sköttes i patientens hem var det naturligt att involvera familjen och att tillhandahålla familjefokuserad omvårdnad. På 1800-talet ledde kampen mot infektionssjukdomar och en stark övertygelse om att barn skulle behandlas på ett mekaniskt sätt till en sjukvård som baserades helt på aseptik, strikta rutiner och väldigt lite eller ingen kontakt mellan barnet och dess föräldrar. Under senare år har man återigen fokuserat mer på familjen i vården då avancerad sjukvård nu ges i hemmet i allt större utsträckning. Därmed är familjefokuserad omvårdnad en gammal tradition som fått nytt liv och nya definitioner. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien är att belysa föräldrars upplevelser av att ha barn på sjukhus. **Metod:** Litteraturstudiens resultat är baserat på elva vetenskapliga artiklar som söktes fram i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus. **Resultat:** Gemensamt för flera studier var att föräldrarna tyckte att det var oerhört viktigt att de fick kontinuerlig information om barnets tillstånd. Det var också viktigt med stöd för att föräldrarna skulle känna sig säkra på hur de skulle vårda barnet. Att etablera en god relation till sjuksköterskan var väldigt viktigt. Att sjuksköterskan hade en bra utbildning var viktigt för föräldrarnas känsla av trygghet. Det var viktigt för föräldrarna att det var samma personer inblandade i deras barns vård under hela förloppet. Personalkontinuitet underlättade möjligheterna att kommunicera om barnets tillstånd för både föräldrar och personal. Föräldrar beskrev att det var viktigt att vara nära sitt barn. De ville stanna hos sina barn för att försäkra sig om att barnet var övervakat. De upplevde att miljön gjorde det svårt för dem att stanna hos barnet dygnet runt. Föräldrarna förväntade sig att personalen skulle göra det enkelt för dem att spendera tid med barnet och efterlyste möjligheter att äta och sova tillsammans med barnet. Många föräldrar började under vårdtiden tvivla på sin föräldraroll när de befann sig i den nya situationen som sjukhusvistelsen innebar. De levde med oro och stress och beskrev att det kändes som att de befann sig långt från verkligheten och oroade sig för att sjukvårdspersonalen inte såg barnens behov.

Vi vill tacka vår handledare Kristina Andersson
för stöd och inspiration.

Tack!



INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
DEFINITIONEN AV BARN	1
BARN SJUKVÅRD	1
Barnsjukvårdens historia	1
Barnsjukvården i Sverige	2
FAMILJEN	2
Begreppet familj – då och nu	2
Föräldraskap	3
TEORETISK REFERENSRAM	4
Familjefokuserad omvårdnad	4
Familjefokuserad omvårdnad genom tiden	4
FAMILJEN UNDER SJUKDOM	5
KOMMUNIKATION I VÅRDEN	5
PROBLEMFORMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
DATAINSAMLING	6
Urval	6
ANALYS	7
RESULTAT	8
ATT KOMMUNISERA MED SJUKSKÖTERSKAN	8
Att dela information	8
Att bli bemött	8
Att vara delaktig	9
ATT KÄNNA SIG TRYGG	10
Att bygga en relation med sjuksköterskan ger tillit	10
Att känna kontinuitet	10
ATT VARA FÖRÄLDER	11
Att vara nära sitt barn	11
Att vara expert på sitt barn	12
Att uppleva oro och stress	12
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	14
Att kommunicera med sjuksköterskan	14
Att känna sig trygg	15
Att vara förälder	16
Konklusion	17
REFERENSLISTA	18
BILAGOR	
BILAGA I	
BILAGA II	

INTRODUKTION

Inställningen till föräldrars deltagande i vården av barn på sjukhus har förändrats över tiden. Dagens generösa besökstider och uppmuntran till föräldrar att stanna så mycket som möjligt hos barnen skapar en situation då sjuksköterskan måste ta hänsyn till föräldrarnas behov och önskemål. I mötet med en förälder till ett sjukt barn är det viktigt att sjuksköterskan har förståelse för den nya situationen föräldrarna befinner sig i och ger familjen god vård som anpassats efter just den familjens behov. I sjuksköterskans roll ingår att se till individens miljö och omgivning där närstående ofta har en viktig plats. Grundläggande för sjuksköterskan är också att ta tillvara på närståendes kunskaper och att vägleda dem.

Vi har båda erfarenhet av arbete på en barnkirurgisk avdelning där vi har träffat föräldrar i komplexa situationer. Den nya miljön som föräldrarna befinner sig i, och oron de upplever över sitt sjuka barn, kan få dem att reagera och agera på ett för dem främmande sätt. För att optimera föräldrars upplevelser av att ha barn på sjukhus tror vi att det är oerhört viktigt att sjuksköterskan kan sätta sig in i föräldrarnas situation. Att lyssna på barnets, men också på föräldrarnas behov tror vi är en grundsten för att de ska känna sig trygga i den nya situationen. Vi upplever att när ett barn vårdas på sjukhus, vårdas oftast inte en person, utan flera.

BAKGRUND

DEFINITIONEN AV BARN

Enligt Barnkonventionen som antogs av FN 1989 är ett barn varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt enligt den lag som gäller barnet (1).

BARNSJUKVÅRD

Barnsjukvårdens historia

Barnsjukhusen uppkom inte förrän i mitten på 1800-talet. Innan dess fanns det apotek som försåg föräldrarna med råd och mediciner (2). På de första barnsjukhusen var mammorna inte bara tillåtna att stanna hos sina barn utan de uppmuntrades att stanna kvar och spendera så mycket tid som möjligt med barnen (2, 3).

När samhället i slutet på 1800-talet genomgick en förändring, den moderna medicinen precis hade börjat utvecklas, infektionssjukdomar var vanliga, och barndödligheten var hög förändrades attityden gentemot föräldrarnas delaktighet i barnens vård. Kampen mot infektionssjukdomar och en stark övertygelse om att barnen skulle behandlas på ett mekaniskt sätt rättfärdigade en styrd vård (2, 3). Detta skapade en sjukvård som baserades helt på aseptik, strikta rutiner och väldigt lite eller ingen kontakt mellan barnet och dess föräldrar (3, 4). På mitten av 1900-talet publicerades rapporter som visade vilka negativa effekter det hade för barnet att vara separerad från sina föräldrar. Rapporterna visade att barnet löpte en ökad risk för att drabbas av långvarig depression. Enligt rapporterna kunde denna långvariga depression ha allvarliga och långt ihållande effekter på barnets personlighet och mentala utveckling. Detta ledde till att engelska barnläkare publicerade "the Platt Report" i slutet på 1950-talet. I denna rapport föreslog barnläkarna att ett alternativ till slutenvårdsbehandling skulle göras möjlig och att barnen skulle skrivas in på barnsjukhus eller avdelningar där sjuksköterskorna skulle ha

genomgått specialistutbildning Rapporten ansåg även att föräldrarna skulle ha tillåtelse att besöka barnen och få hjälpa till med omvårdnaden när helst de ville (3).

The Platt Reports rekommendationer blev vida publicerade men genomförandet gick långsamt. Personalen oroade sig över en ökad arbetsbelastning, befarade en ökad risk för infektioner samt hade bristande kunskaper om barns utveckling och känslomässiga behov.. Den befarat ökade arbetsbelastningen berodde på att föräldrarnas närvaro i vården krävde en omstrukturering av arbetsorganisationen då föräldrarna väntades begära mer information samt behövde någonstans att sova och äta (3).

Barnsjukvården i Sverige

Barnsjukvården genomgick under 1930-talet en total upprustning och varje större lasarett fick en barnklinik. Under 60- och 70-talet hade man ambitionen att all barnsjukvård skulle skötas av specialutbildade barnläkare och barnsjuksköterskor. Under slutet av 70-talet satsade man mer på primärvården och det blev allmänläkarna som tog över barnavårdscentralerna och den akuta öppna barnsjukvården (5).

Under de senaste årtiondena har omvårdnaden av barn gjort stora framsteg. Barnets rätt har uppmärksamats i högre utsträckning och det finns idag en "Nordisk standard för omsorg om barn och unga på sjukhus" upprättad av Nordisk Förening för Sjuka Barns Behov, NOBAB (6). Där beskrivs bland annat att barn på sjukhus har rätt att ha en förälder eller annan närstående hos sig dygnet runt. Föräldrarna ska få hjälp och uppmuntran att stanna hos sitt barn och få möjlighet att övernatta, och de ska få information om avdelningens arbetssätt och rutiner och få stöd att ta aktiv del i barnets vård. Det står också att föräldrarna har fortsatt ansvar för sitt barn under barnets sjukhusvistelse. Föräldrarna och barnet har rätt till fortlöpande information och det ska få vara delaktiga i beslut som rör barnets behandling och vård. Det står också beskrivet att barnet ska tillförsäkras kontinuitet i behandling och vård (7).

Dessa krav uppfylls idag på de svenska barnsjukhusen. Däremot vårdas ungefär 30 % av de inlagda barnen på vuxenavdelningar runt om på sjukhusen av olika anledningar. Medelvårdtiden på dessa barn är minst lika lång som på barnsjukhusen och flera av de ovan nämnda kraven kan av ekonomiska och praktiska skäl inte tillgodoses (6).

FAMILJEN

Begreppet familj - då och nu

Familjebegreppet har traditionellt använts för grupper av människor som har varit förbundna med varandra genom blodsband eller äktenskap (8). Det centrala i begreppet har alltså kretsat kring de biologiska relationerna mellan olika individer. Utgår man ifrån denna familjeuppfattning finner man flera nivåer av begreppet, alltifrån den traditionella kärnfamiljen (som utgörs av mamma, pappa, barn) till flera led av släktingar och förfäder (föräldrar, syskon, far- och morföräldrar och övrig släkt). Begreppet är emellertid inte så klart som den biologiska uppfattningen antyder. Det finns flera olika definitioner av familjen som påverkar oss i olika sammanhang (9). En typisk familj utgörs traditionellt sett av två eller flera individer som hör samman med varandra genom blodsband, äktenskap eller adoption och som bor tillsammans och ingår i samma hushåll (10). Det traditionella i denna definition av familjen framgår främst genom att äktenskapet förklaras som ett formellt kontrakt mellan två vuxna parter.

Samboskapets och partnerskapets utveckling de senaste årtiondena ryms alltså inte i denna definition. Inte heller singlar kan betraktas som en familjeenhet (11, 12). Gränserna för kärnfamiljen suddas ut mer och mer och skilsmässor och omgiften skapar storfamiljer. Då barnen tidigare hade en mamma och en pappa och två par mor- och farföräldrar kan de nu ha ett stort antal extra personer att förhålla sig till (9).

Om man fokuserar mer på de känslomässiga banden än på de tidigare så viktiga blodsbanden förflyttar man sig till det psykologiska perspektivet av en familj. Då kan personer som varken bor ihop, är släkt eller är förbundna med varandra genom äktenskap, samboskap eller partnerskap betrakta sig som familjer. Wright et al. (13) förenklar med denna utgångspunkt definitionen av familj till att familjen är något subjektivt vars innebörd endast den enskilda individen kan avgöra (13).

Föräldraskap

Föräldraskap är ingenting som finns färdigutvecklat den dagen barnet föds. Processen att bli förälder börjar fysiskt vid graviditeten men psykiskt börjar den långt tidigare. Redan som barn utövas lekar som anspelar på föräldraskap. Detta visar att föräldraskapets processer påverkas av våra kulturella traditioner och speglar erfarenheter och attityder från vår egen släkt. Föräldrarna skapas inte enbart av barnet utan även av omgivningen i form av kultur, sociala strukturer och av de personliga förväntningarna och farhågorna som finns. Körner (14) beskriver föräldraskap som en social konstruktion, en slags praktisk-psykologisk anordning, som utvecklats för att ta hand om barnet (14).

Föräldraskapet innebär inte bara att föräldrarna ska förstå sitt barns behov och önsknings, de ska också svara emot de krav som samhället och den sociala omgivningen ställer. Det ställs stora krav på föräldrarna när det gäller kompetens, samarbete och uthållighet. De har idag hjälp utifrån i form av hälsovård, föräldrautbildning och förskolor för att klara föräldraskapet. De har dessutom att tillgå, på gott och ont, ett informellt stöd i form av sina egna föräldrar, grannar och vänner. Både den informella och formella kontrollen av föräldraskapet är omfattande och de eventuella brister som framkommer tolkas ofta som personliga brister. Förutom de kraven föräldrarna ställer på sig själva upplever de krav från sin omgivning. Föräldrarna skapar en bild av det ideella barnet och hur det ska fostras (15).

Vuxnas uppfattning av barns natur och intellekt går ofta isär, en del menar att barnet är ett tomt, passivt, kärl som väntar på att fyllas medan andra menar på att barnet är en spirande planta fylld med möjligheter (16). Kvinnor och män ser olika på vilka egenskaper de vill att deras barn ska utveckla. Kvinnorna är mer fokuserade på att barnet ska utveckla en inre trygghet medan männens mål är mer inriktade på att barnet ska utveckla egenskaper som är användbara i offentligheten. Männen vill inte bara att deras barn ska uppföra sig korrekt utan att de dessutom ska prestera bra i skolan och i sociala sammanhang då de i större utsträckning än kvinnorna oroar sig för exempelvis mobbning (17).

TEORETISK REFERENSRAM

Familjefokuserad omvårdnad

Hanson (18) definierar familjefokuserad omvårdnad som:

“...the process of providing for the health care needs of families that are within the scope of nursing practice. Family nursing can be aimed at the family as context, the family as a whole, the family as a system or the family as a component of society” (18 s. 7).

Familjefokuserad omvårdnad består av två inriktningar; familjerelaterad omvårdnad och familjecentrerad omvårdnad, där man i den familjerelaterade omvårdnaden fokuserar på individen men ser familjen som kontext (19). I den familjecentrerade omvårdnaden lägger man fokus på den enskilda individen och dess familj samtidigt (20, 21).

Familjecentrerad vård innebär att föräldrarna görs delaktiga i barnets vård (22-24) och att det finns ett gott samarbete mellan förälder och vårdpersonal. Franck et al. (24) menar också att sjukhusmiljöerna bör vara familjeanpassade för att normalisera situationen och att vård ges både till barnet och också till familjen (24). Kärnan i familjecentrerad omvårdnad är relationen mellan familjen och sjukvårdspersonalen och familjen ses som en fullt deltagande aktör i vården av barnet. För att detta ska fungera måste sjukvårdspersonalen respektera, stötta och samarbeta med familjen och sjukvårdssystemet måste tillhandahålla stöd till personalen för att relationen med familjen ska kunna utvecklas (25).

För att föräldrar ska uppleva samarbetet med sjukvårdspersonal som positivt måste det stå klart för föräldrarna att sjuksköterskan har det huvudsakliga ansvaret för barnets omvårdnad och behandlingar. Om föräldrarna upplever att deras insatser är helt nödvändiga för barnets omvårdnad på grund av tillexempel personalbrist, utvecklas otrygghet hos föräldrarna. Om föräldrarna å andra sidan upplever att de gör nytta känner de att de är meningsfulla och stressnivån minskar (26).

Familjefokuserad omvårdnad genom tiden

Familjefokuserad omvårdnad har rötter i vårt samhälle från förhistoriska tider (27-29). Då sjukvården från början sköttes i patientens hem var det naturligt att involvera familjen och att tillhandahålla familjefokuserad omvårdnad (13). Sedan urminnes tider har kvinnan haft som främsta uppgift att ta hand om familjen och dess medlemmar, både sjuka och friska. Genom att städa och hålla rent såg kvinnan till att familjen levde i en god miljö för att främja hälsa och välmående (27-29). Huruvida familjen ska vara involverad i barnens sjukvård har länge diskuterats. Dr Armstrong som år 1769 öppnade det första apoteket för barn, Dispensary of the Infant Poor, hävdade att om man tog sjuka barn från sina föräldrar skulle man krossa deras hjärtan. Han menade också att luften i ett rum fullt av folk var kontaminerad. Den låga överlevnaden av barn inneliggande på institutioner bekräftade hans syn på saken. I motsats till Armstrongs övertygelse menade Dr. West att sjukhus var absolut nödvändigt för att främja barns hälsa (30).

Florence Nightingale (31) beskriver att förutom att ta hand om den sjuke så har sjukvården ett ansvar över att se till så att familjen kan sköta sin egen hälsa. Hon förklarar också att det är familjens ansvar att ge den sjuka god omvårdnad och detta vid behov med hjälp av en inhyrd sjuksyster (31). Denna trend fick ett avbrott då institutionaliseringen tog fart under slutet av 1800-talet och fram under 1900-talet. Vården sköttes på slutna avdelningar istället för i hemmet vilket gav en naturlig förklaring till att familjen inte tog lika stor plats i vården. Under senare år har man återigen fokuserat mer på familjen i vården då avancerad sjukvård nu ges i hemmet i allt större utsträckning. Detta leder till att familjens deltagande i vården blir absolut nödvändig. Därmed är familjefokuserad omvårdnad en gammal tradition som fått nytt liv och nya definitioner (32).

FAMILJEN UNDER SJUKDOM

Den fysiska och psykiska hälsan i en familj spelar en viktig roll i hur familjen fungerar i det dagliga livet (33-35). Enligt teorier i familjesystem är familjemedlemmar sammanlänkade och beroende av varandra. Det leder till att familjemedlemmarna blir påverkade när en familjemedlems tillstånd förändras och att familjen som en enhet förändras. Kern (36) menar att familjen som helhet kan påverka hur sjukdomsförloppet hos en familjemedlem blir. Ross et al. (37) konstaterar att emotionellt stöd och bekräftelse från familjen verkar som ett viktigt skydd när människor utsätts för stress (37). Vad som utlöser ett stresspåslag är högst individuellt. Det som avgör i vilken utsträckning vi upplever och reagerar på stress är bland annat tidigare erfarenheter och hälsotillstånd (38, 39). Att ha barn är ett stresspåslag i sig; att ha ett sjukt barn eller ett barn som far illa är en av de absolut största stressfaktorerna en människa kan uppleva (38).

Socialt stöd, praktiska insatser samt råd och vägledning främjar tillfrisknande och förebygger sjukdom (37). Familjens resurser att hantera situationen när en familjemedlem blir sjuk måste beaktas. Som resurs för enskilda medlemmar räknas självtillit, färdigheter och kunskaper. Att familjen som enhet har god samhörighet, flexibilitet och kommunikationsförmåga är betydelsefulla resurser (9).

KOMMUNIKATION I VÅRDEN

Kommunikation sker varje gång sjuksköterskan interagerar med en vårdtagare, både när de talar med varandra och när de är tysta. Vårdtagaren kommunicerar med sitt beteende, utseende, ansiktsuttryck, hållning och gester, och detsamma gör sjuksköterskan. Vid varje interaktion har sjuksköterskan ett tillfälle att lära känna vårdtagare på ett personligt plan och se den enskilde individens omvårdnadsbehov. Sjuksköterskans uppgift är att tolka vårdtagarens kommunikation och använda denna information i sitt omvårdnadsarbete. Enligt Travelbee (40) är kommunikation en process som kan hjälpa sjuksköterskan att skapa en personlig relation till vårdtagaren för att på så sätt uppnå meningen med omvårdnad, nämligen att hjälpa individer och familjer att förebygga och hantera sina sjukdomserfarenheter och, om nödvändigt, hjälpa dem att finna en mening med dessa erfarenheter.

När man kommunicerar i form av vårdgivare är det viktigt att hålla isär de professionella och de privata värderingarna (41, 42). Det förväntas att vårdgivaren för en kommunikation i egenskap av expert, yrkesutövare eller professionell behandlare.

Mottagarna i samtalet är patienter som behöver, söker eller är hänvisade till sjukvården och behöver hjälp och assistans eller kollegor och andra yrkesutövare (42). En av de viktigaste egenskaperna för att kunna driva ett professionellt samtal är att kunna lyssna (41, 42). För att driva ett professionellt samtal krävs även fackkunskap. Det förväntas att vårdgivaren innehar god fackkunskap och har tagit reda på patientens individuella förutsättningar för att kommunikationen ska fungera (42). Samtal med människor i kris eller i ett akut stresstillstånd är generellt sett svårt och en krävande uppgift. Behovet av att prata med någon är stort. Som lyssnare förväntas man ge socialt stöd genom att lyssna, visa förståelse och ge perspektiv (41).

PROBLEMFORMULERING

Föräldrar som kommer in till sjukhuset med sina barn är oroliga och stressade över den uppkomna situationen. Föräldrarna befinner sig i en ny miljö och tillsammans med oron över sitt sjuka barn kan detta få dem att uppleva känslor de tidigare ej känt. Att som sjuksköterska kunna bemöta både föräldrarna och barnet på ett korrekt sätt är av yttersta vikt för att de ska känna sig så trygga som möjligt under sjukhusvistelsen. Det behövs en ökad förståelse för vad föräldrar upplever när deras barn är på sjukhus.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att belysa föräldrars upplevelser av att ha barn på sjukhus.

För att avgränsa området presenteras nedan två frågeställningar.

- Hur upplever föräldrar mötet med sjuksköterskan?
- Hur upplever föräldrar att deras föräldraroll påverkas när deras barn ligger på sjukhus?

METOD

DATAINSAMLING

Detta är en litteraturstudie vars resultat är baserat på elva vetenskapliga artiklar. Sökningarna efter artiklar genomfördes under hösten 2011 i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus (se bilaga 1). Vid sökningarna användes sökord från databasen Svensk MeSH. Sökord som användes i olika kombinationer var: *family-centered care*, *parents*, *experience(s)*, *nursing*, *family health care*, *hospitalized*, *child*, och *professional-family relations*. För att koppla samman sökorden användes termen AND. Begränsningar som användes i sökningarna anges i bilaga 1.

Urval

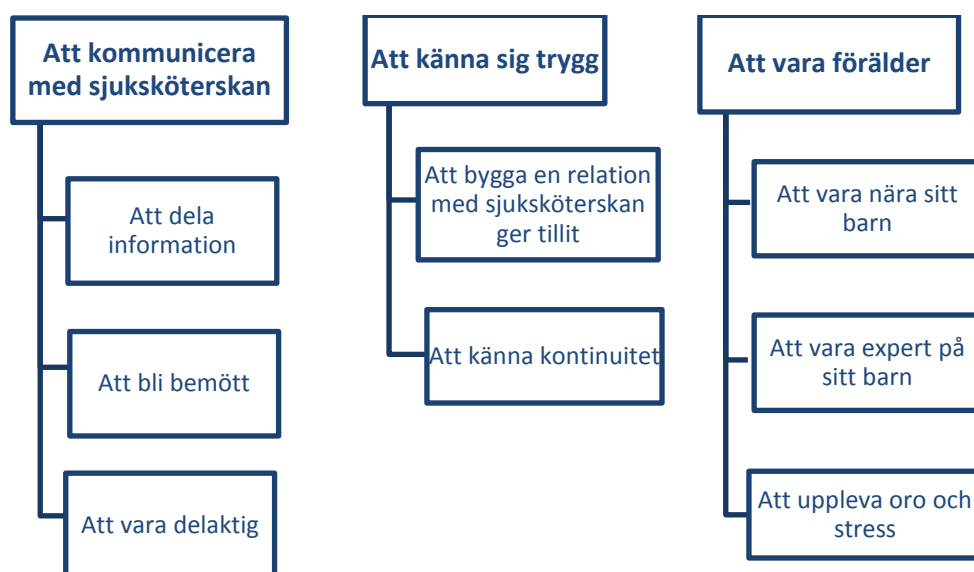
Det första steget i urvalet var att granska ifall de funna artiklarnas titlar var relevanta mot vårt syfte. I de artiklarna som valdes vidare efter den första granskningen lästes abstracten igenom. Av totalt 142 granskade titlar och abstracts valdes 132 bort då de inte svarade mot syftet. Artiklarna exkluderades på grund av att de inte var skrivna ur föräldrarnas perspektiv eller inte gick att få tag på i fulltext. Inklusionskriterier var att de skulle vara peer-reviewed, de skulle handla om barn 0-18 år, skrivna på svenska eller

engelska och vara publicerade från år 2000. Totalt resulterade urvalet i 9 kvalitativa artiklar. En reviewartikel (43) togs med i litteraturstudien då innehållet svarade på syftet. Under granskningen av de utvalda artiklarnas referenslistor upptäcktes ett återkommande författarnamn. Artikeln (44) söktes upp manuellt då den verkade vara till grund för flera andra artiklar, och då den ansågs vara relevant för syftet valdes den med i litteraturstudien. För att bekräfta artiklarnas kvalitet granskades dem utifrån Fribergs (45) granskningsfrågor av kvalitativa artiklar. Av de 11 artiklarna beskriver 9 tydligt att studierna var godkända av en etisk kommitté. I de artiklarna där information om etiskt hänsynstagande saknades, granskades tidskrifternas riktlinjer där det framkom att ett etiskt ställningstagande var obligatoriskt för publikation.

ANALYS

Att analysera kvalitativa artiklar kan ses som en process som går från helhet till delar till en ny helhet. Den ursprungliga helheten är de artiklar som analyseras, delarna uppkommer då artiklarnas resultat delas in i teman eller kategorier och den nya helheten utgör den sammanställning som framkommit, det vill säga resultatet (45).

I början av analysen lästes de utvalda artiklarna igenom individuellt av författarna flera gånger för att få en övergripande känsla av dess innehåll. Därefter diskuterades artiklarna igenom och artiklarnas resultat lästes om ett flertal gånger för att plocka ut nyckelfynd. Likheter och skillnader i artiklarnas resultat identifierades och huvudteman framkom. Resultaten sammanfattades sedan och sorterades in under respektive tema och subtema som kunde identifieras. Dessa teman presenteras som vårt resultat och visas i figur 1.



Figur 1 Teman och subteman

RESULTAT

ATT KOMMUNICERA MED SJUKSKÖTERSKAN

Att dela information

Gemensamt för flera studier var att föräldrarna tyckte att det var oerhört viktigt att de fick kontinuerlig information om barnets tillstånd (43, 44, 46). Den verbala informationen upplevdes som en viktig del av interaktionen. Dock upplevde flera mammor brist på information (46). Föräldrarna betonade vikten av att sjuksköterskorna på eget initiativ gav dem information om barnets tillstånd (47) och de önskade få raka, ärliga och snabba svar på sina frågor (48). Flera pappor i en studie kände att det i det tidiga skedet av vården rådde envägskommunikation mellan personalen och dem. Papporna upplevde att de informerades om barnets tillstånd och om vad som planerades men de kände sig inte delaktiga i besluten (49).

Det var också viktigt med information och stöd för att föräldrarna skulle känna sig säkra på hur de skulle vårda barnet (44, 46). Ett exempel på när en förälder kände sig maktlös och inte hade fått tillräcklig information var när en pojke tittade på bandaget runt sin perifer venkateter och frågade vad det var. Mamman svarade att hon inte visste, att hon inte var så bra på sådana saker. Pojken fortsatte fråga om sin PVK men mamman kunde inte svara på sonens frågor (44).

När information gavs kontinuerligt till föräldrarna, och en tvåvägskommunikation upprättades, växte förtroendet för vårdpersonalen (46, 50) och föräldrarna var inte lika oroliga när de inte var närvarande hos sitt barn. Föräldrarna kände också att de fick kontroll över situationen vilket gjorde att de lättare kunde stötta barnet och andra familjemedlemmar (50). Förutom information var föräldrarna mycket tacksamma över de stunder då sjuksköterskan tog sig tid att säga några stöttande ord (47).

Att bli bemött

Majoriteten av sjuksköterskorna beskrevs som bra och snälla av föräldrarna. Föräldrarna upplevde också att de flesta sjuksköterskorna visade att de brydde sig om barnet. I Wah Lam et al. (47) studie upplevde föräldrarna dock att på alla avdelningar utom en fanns en eller två sjuksköterskor som var otrevliga och ointresserade (47). Många föräldrar beskrev att bra sjuksköterskor förmedlade trygghet, hjälpsamhet och stöd till de oroliga föräldrarna. En del föräldrar mötte däremot mindre kompetenta, oroliga eller dominanta sjuksköterskor som gjorde att föräldrarna kände sig osäkra. I dessa fall kände föräldrarna att det inte fanns en chans att de kunde lämna sitt barn ensamt på avdelningen (51).

I Lundqvist et al. (49) studie framkom det att papporna upplevde utanförskap då personalens prioriteringar i första hand var på barnet och i andra hand på mamma och hennes välmående. Papporna beskrev också känslan av att vara en tupp i en hönsgård (49).

En del mammor upplevde att sjuksköterskornas bemötande förändrades under sjukdomsförloppet. När barnets hälsotillstånd var som sämst var sjuksköterskans kommunikation med föräldrarna neutral och ganska fåordig. När barnets tillstånd sedan förbättrades förändrades sjuksköterskans sätt att kommunicera och relationen kunde

fördjupas (52). Det ansågs vara väldigt viktigt att personalen såg barnet bakom sjukdomen och att barnet behandlades som en unik person (48, 52). I Wigert et al. (46) studie upplevde mammorna att även de ville bli behandlade som en unik person (46). När föräldrarna upplevde att de sågs mer som individer än patienter kände de sig väl bemötta (52).

Att vara delaktig

När en kontakt mellan förälder och sjuksköterska hade upprättats kände föräldrarna att de lättare kunde delta i vården av deras barn (52). De tyckte att det var viktigt att sjuksköterskan pratade med dem om vad de själva vill göra, vad de kunde göra och vad de borde göra för att främja barnets hälsa (50). För att optimera föräldrars deltagande uttryckte de att det var viktigt att vårdgivarna lyssnade på dem innan vården planerades och att en god kommunikation mellan parterna upprätthölls under hela vårdtiden (43).

Föräldrarna tenderade att vänta på sjuksköterskans godkännande innan de började interagera i sitt barns omvårdnad medan sjuksköterskan förväntade sig att föräldrarna skulle ta initiativet till huruvida de ville delta i omvårdnaden eller ej. Vårdpersonalen förväntade sig ofta att föräldrarna förstod mer än vad de gjorde och föräldrarna drog sig ofta för att fråga då de inte visste vem eller vad de skulle fråga (43). Flera föräldrar ansåg att sjuksköterskor oftare borde ta initiativ till att hjälpa dem i vården av barnet. De beskrev att de inte hade väntat sig att sjuksköterskorna skulle ta över all vård av barnet och sjuksköterskorna väntade sig inte heller att föräldrarna skulle ta del av vården (47). När det handlade om att dela på omvårdnaden av barnet tyckte föräldrarna att det var skönt att sjuksköterskorna skötte den mesta omvårdnaden under det mest kritiska skedet men att de sedan jämnade ut sig mellan sjuksköterska och föräldrar ju stabilare barnets hälsotillstånd blev (43). Föräldrarna upplevde att de själva fick välja i vilken utsträckning de ville vara delaktiga i vården (47).

En önskan om att sjuksköterskorna skulle ta initiativ till att undersöka om föräldrarna behövde hjälp fanns (47). Föräldrarna upplevde det svårt att avgöra när sjuksköterskorna hade tid att hjälpa till då de alltid såg upptagna ut (47, 49). Trots att många föräldrar var ivriga och villiga att hjälpa till och medverka i sitt barns omvårdnad infann sig ibland en känsla av övergivenhet och hjälplöshet då personalen tog för givet vilken vård föräldrarna skulle tillhandahålla (48). En mamma berättade:

"She laid in that room all those days...and I didn't know how to get the gown off, and I was so frazzled... I thought if they would bathe her and ask me if I wanted to do it, that's what I thought they would have done, but they never once mentioned bathing her"
(48 s. 145).

Det var viktigt för föräldrarna att känna att de hade kontroll över vad som hände barnet under vårdtiden. För att finna en trygghet i den okända sjukhusmiljön sökte föräldrarna efter olika strategier. En del valde att ge upp sitt barns vård helt till vårdgivarna medan andra tog över en del av vården. Föräldrar i en studie vars barn som kom in för elektiv behandling tenderade att vara mer delaktiga i sitt barns vård än de som kom in akut (43).

ATT KÄNNA SIG TRYGG

Att bygga en relation med sjuksköterskan ger tillit

Att etablera en god relation till sjuksköterskan var väldigt viktigt (48, 52). Föräldrarnas behov av trygghet tillgodosågs av att sjuksköterskan hade en adekvat utbildning, hade erfarenhet och behandlade föräldrarna med respekt. Ett framträdande behov var behovet av trygghet vilket innefattade både föräldrarnas trygghet och hur de skulle förmedla det till barnet (43, 44, 48).

När föräldrarna kände sig trygga med sjuksköterskornas kompetens, så som exempelvis hur den tekniska utrustningen användes och hur bekant sjuksköterskan var med den, växte deras tillit till personalen (43, 48). Föräldrarna uttryckte att för att skapa en förtroelig relation måste sjuksköterskan kunna se både föräldrarnas och barnens behov. En annan viktig förutsättning för att skapa god tillit till sjuksköterskorna var att de tog sig tid att skapa en god relation med föräldrarna genom att presentera sig och de andra i personalen som skulle komma att arbeta med barnet, ställa personliga frågor och lära känna dem på ett lite djupare plan (48).

Behovet av att passa in var framträdande (44, 49). Föräldrarna upplevde att deras tillit för sjukvårdspersonalen ökade när de kände sig inkluderade i laget som skulle ta hand om barnet. Föräldrarnas förtroende påverkades negativt när de förväntades ansvara för en del av omvårdnaden de inte kände sig bekväma med, som exempelvis badning eller matning (48).

När interaktionen mellan mammor och personalen var dålig började de spekulera om vad vårdgivarna gjorde med barnet när de inte var närvarande (46). Pappor och föräldrar till barn som var i behov av akutsjukvård var mer benägna att lita på sjukvården än mammor och de som kom in för elektiv behandling (43). Andra aspekter som påverkade föräldrarnas förtroende för sjukvården var samordningen (48). Thomson et. al. (48) visade att föräldrarna kunde ha förtroende för sjukvården redan innan de anlände till sjukhuset. Det redan existerande förtroendet grundade sig i tidigare möten med sjukvården eller vårdpersonal. Förtroendet påverkas dessutom av det samhälleliga ryktet sjukhuset hade. Känslan av att komma till ett barnsjukhus, med all förväntad expertis det innebar, var skäl nog för vissa föräldrar att känna ett stort förtroende för vården redan innan de kommit i kontakt med den. Föräldrarna litade på att sjukvårdspersonalen var kompetent fram tills att de bevisade motsatsen (48).

Att känna kontinuitet

Det var viktigt för föräldrarna att det var samma personer inblandade i deras barns vård under hela förloppet (52, 53). Personalkontinuitet underlättade möjligheterna att kommunicera om barnets tillstånd, dels mellan personal men även mellan personal och föräldrar. I de fall där det var flera olika inblandade var förekomsten av misstro, oro och känslan av att barnet inte var väl omhändertaget mer påtaglig. Den stora variationen av personal som många fick uppleva gjorde också att föräldrarna kände sig osäkra på vem som hade ansvaret för barnet (52). Under en 24-timmars period kunde föräldrarna till ett barn stöta på sju till tolv olika personer som var inblandade i deras barns vård och på operationsdagen upp till 17 stycken, vilket ökade deras känsla av osäkerhet (43).

När barnet vårdades av samma personer kände sig föräldrarna tryggare och deras tillit till personalen och deras tro på att barnet fick bästa tänkbara vård ökade. Känslan av att information om barnet skulle glömmas bort och inte rapporteras minskade också. Föräldrarna förstod innebörden av att vara på ett universitetssjukhus, att man bytte läkare ofta. De önskade däremot att de hade haft en person som bestämde och överblickade vården. Kontinuitet bidrog till att föräldrarna upplevde det som att personalen verkligen brydde sig om deras barn (53).

"That was very, very, very important that I always dealt with the same doctors... and the same lady watching over [my daughter]"
(53 s. 339).

ATT VARA FÖRÄLDER

Att vara nära sitt barn

Föräldrar beskrev att det var viktigt att vara nära sitt barn (44, 46, 47, 49, 51). De ville stanna hos sina barn för att försäkra sig om att barnet var övervakat. Alla föräldrar i en studie upplevde att deras barn var för små för att klara sig själv. Detta gjorde att de var väldigt måna om att stanna hos sitt barn (47). Alla mammorna i Wigert et al. (46) studie upplevde att när de fick vara ensamma med sitt barn kände de att barnet var deras, men när de var separerade från det saknade de känslan av att vara mamma.

Även om barnets tillstånd var stabilt kände föräldrarna att de måste försäkra sig om barnets säkerhet. Föräldrar upplevde att deras närvaro mötte deras egna och barnens känslomässiga behov. De upplevde att deras barn var rädda för vårdgivarna och att de fungerade som en mellanhand mellan vårdgivarna och barnet. Föräldrarna ville förmedla trygghet till barnet genom att närvara vid undersökningar och de beskrev hur jobbigt det var när de inte fick närvara. Att lyssna till gråt och skrik beskrevs som hjärtskärande. Detta gjorde att de krävde att få närvara vid alla procedurer. När föräldrarna inte var med barnet beskrevs en känsla av oro, saknad och längtan efter att få vara med barnet. De uppskattade möjligheten att vara med sitt barn och uttryckte att de inte stod ut med att barnet var ensamt på sjukhuset (47). Föräldrarna kände att de ville förmedla trygghet till barnet genom att vara nära det och att göra saker som kändes naturliga och bekanta för barnet. Det ansågs också vara viktigt med en lugn och trygg miljö (44). En förälder sa:

"The environment is important, it's important it's calm [...]"
(44 s. 144).

Flera föräldrar hade synpunkter på sjukhusmiljön. De upplevde att miljön gjorde det svårt för dem att stanna hos barnet dygnet runt (44, 47). Föräldrarna förväntade sig att personalen skulle göra det enkelt för dem att spendera tid med barnet. Att äta maten på rummet tillsammans eller att goda övernattningsmöjligheter fanns underlättade för föräldrarna (47, 48).

Flera av papporna i Lundqvist et al. (49) studie förstod att deras barn behövde ligga i kuvös men kände att kuvösen hindrade dem från fysisk kontakt. När tiden gick och barnets medicinska tillstånd förbättrades kunde de lättare vårda sina barn med större självkänsla. Så fort barnet fick lämna kuvösen kände papporna att de fördes tillbaka till

verkligheten och att de stod på stabilare mark. Det kändes som att de blev en familj på riktigt och de kunde börja se ljus på framtiden igen (49).

Att vara expert på sitt barn

Många föräldrar började under vårdtiden tvivla på sin föräldraroll när de befann sig i den nya situationen som sjukhusvistelsen innebar (46, 49, 50). Självförtroendet hos en del föräldrar sjönk (46, 50) och några beskrev att de upplevde att sjuksköterskorna tog bättre hand om barnet än de själva, vilket gjorde att de kände sig otillräckliga (46, 49). Några mammor upplevde att även omvårdnaden de själva kunde ge sina barn togs över av vårdgivarna (46). När föräldrarna kände att det var de som hade den mesta kunskapen om barnet utvecklade de en trygghet i sin föräldraroll (43, 49).

Föräldrar ansåg sig vara experter på sina barn och deras förväntade reaktioner vid påfrestande situationer. De upplevde att de var först med att upptäcka förändringar i barnets sjukdomstillstånd (44, 47).

Att föräldrarnas kompetens fick utrymme beskrevs som ett behov (44). En mamma beskrev hur hon för en anestesilog berättade att det vanligtvis brukade vara svårt att sätta perifer ven kateter på hennes son;

"I told him they could start on his hands. And I am glad they did as I told them. It's a good thing that they are listening to me" (44 s. 144).

Under kritiska tillstånd och vid förändringar upplevde föräldrarna dock att det var väldigt skönt när sjuksköterskan "tog över" ansvaret för omvårdnaden av barnet. För att återfå kontrollen över situationen upplevde föräldrarna ett behov av att få kontinuerlig information om barnets tillstånd, vilket stärkte deras roll som föräldrar, vilket i sin tur gjorde att de lättare kunde stötta barnet (50).

När tiden gick och barnets medicinska tillstånd förbättrades kunde föräldrarna lättare vårda sina barn med större självkänsla (49). Föräldrarna som var säkra i sin föräldraroll deltog mer i vården (43).

Att uppleva oro och stress

Många föräldrar levde med oro och stress och beskrev att det kändes som att de befann sig långt från verkligheten (49, 51). De oroade sig för att sjukvårdspersonalen inte såg barnens behov (47) och de var totalt upptagna i den kritiska situationen (51). Tidvis kände de sig som att de var i en annan värld, situationen var så orealistisk, och föräldrarna pendlade mellan hopp och förtvivlan (51).

Föräldrarna vars barn behandlades på en intensivvårdsavdelning upplevde extrem oro och stress. Dessa känslor fördjupades av allt ljud och ljus de utsattes för samt närheten till döden. Rädslan för döden gällde inte bara sitt eget barn utan även de andra barnen som befann sig på avdelningen. En förälder beskrev hur hon tänkte på hur olika följderna skulle bli för de andra familjerna som vistades på avdelningen (54).

Föräldrar uttryckte också att de fick skuldskänslor och dåligt samvete för att de kunde skada barnet när det skulle genomgå jobbiga processer, exempelvis genom att hålla fast det. De uttryckte oro över att köra över barnets rätt till självbestämmande (43).

*"Every time they stuck the needle in, it was like they were just sticking
...knives in me" (54 s. 74).*

De föräldrar och familjer som hade tidigare erfarenhet från sjukhuset kunde få tillbaka gamla känslor när de återkom till sjukhuset. De som tidigare förlorat ett barn, eller hade någon i sin närmaste omgivning som gjort det, återupplevde den sorgen på nytt och detta skapade en extra oro som spred sig inom familjen (51).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Då syftet med litteraturstudien var att belysa föräldrars upplevelser av att ha barn på sjukhus och för att ytterligare specificera det omfattande syftet användes två frågeställningar. Sökningarna resulterade i ett stort antal kvalitativa artiklar då dessa används för att få en förståelse för subjektiva erfarenheter och upplevelser (45). Att exkludera kvantitativa artiklar ur litteraturstudien var inget medvetet val utan föll sig naturligt då ett tillfredställande antal kvalitativa artiklar hittades. De kvalitativa artiklarna tillförde en förståelse för upplevelserna föräldrarna kände.

Artikelsökningarna genomfördes i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus då dessa databaser innehåller artiklar som ansågs relevanta för det valda syftet. Sökorden som användes för att finna artiklar som var betydelsefulla för att belysa föräldrars upplevelser var *parents* och *experience(s)*. För att begränsa sökresultaten till barn på sjukhus användes sökorden *child* och *hospitalized*. Då en av frågeställningarna var att se hur föräldrar upplevde mötet med sjuksköterskan valdes sökorden *family-centered care*, *professional-family relations* och *family health care*. För att få fram artiklar relevanta för sjuksköterskor användes sökordet *nursing*. De träffar sökorden genererade i ansågs relevanta för syftet. Flertalet artiklar återkom i de olika konstellationerna av sökord som användes. En av artiklarna (44) söktes upp manuellt efter granskning av de funna artiklarnas referenslistor och den togs med i litteraturstudien då den ansågs vara relevant mot syftet. En reviewartikel (43) valdes med i litteraturstudien då den sammanfattade fyra studier som belyste olika aspekter av föräldrars deltagande och stämde överens med syftet.

För att få aktuella forskningsresultat gjordes en begränsning i sökningarna till att artiklarna skulle vara publicerade från och med år 2000. Någon begränsning av barnens ålder gjordes inte utan sökningarna utgick ifrån UNICEFs definition av barn (1). Begränsningar till svenska och engelska artiklar gjordes på grund av språkhinder. Totalt valdes elva kvalitativa artiklar med i litteraturstudien vilket ansågs vara ett tillfredställande antal.

De valda artiklarna kom ifrån Sverige (43, 44, 46, 49), Danmark (51), Finland (50), Storbritannien (54), USA (48, 53), Kina (47) och Kanada (52). Detta gav en internationell bredd vilket ansågs vara intressant för resultatet. Samtliga artiklar var skrivna på engelska. Då en begränsning gjordes till endast svenska och engelska artiklar kan viktig forskning på andra språk ha förbisetts. Eftersom författarnas modersmål är svenska kan språkhinder ha föranlett misstolkningar av resultatet i de engelskspråkiga artiklarna.

Endast nio av de elva utvalda artiklarna redovisade sitt etiska ställningstagande. Då artiklarna handlade om barn på sjukhus ansåg vi att det tydligt borde framgått i texten att ett etiskt förhållningssätt hade använts.

Under arbetets gång upplevde vi det svårt att placera subteman under de olika huvudtemana. Subteman vi fann gick in i varandra och vi ansåg det svårt att hitta lämpliga avgränsbara subteman. Vi bytte plats på resultatets olika stycken ett flertal gånger för att få ihop ett sammanhängande resultat.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med litteraturstudien var att belysa föräldrars upplevelser av att ha barn på sjukhus. I resultatet framkom tre huvudteman; att kommunicera med sjuksköterskan, att känna sig trygg och att vara förälder. Enligt Almén (38) är att ha ett sjukt barn en stor stressfaktor vilket bekräftas i flera studier (49, 54). Om föräldrarna görs delaktiga i vården och upplever att de gör nytta minskar stressnivån (26). Detta kan kopplas till det inom sjukvården centrala begreppet familjecentrerad omvårdnad där föräldrars delaktighet är grundläggande (22-24). Att vara delaktig i sitt barns vård upplevdes av föräldrar i flera studier som viktigt (47, 48, 50).

Att kommunicera med sjuksköterskan

När det kom till att interagera med sjuksköterskan var informationsutbytet mellan föräldrarna och sjuksköterskan viktigt (43, 44, 46-48, 50). Enligt NOBAB har föräldrarna och barnen rätt till fortlöpande information under hela vårdtiden (7). För att informationsutbytet ska fungera krävs god kommunikation och Travelbee (40) menar att kommunikation sker varje gång sjuksköterskan interagerar med en vårdtagare. Enligt Travelbees kommunikationsteori sker kommunikation inte bara när vi pratar med varandra utan också genom gester, kroppshållning och ansiktsuttryck (40). Många missförstånd mellan sjuksköterska och vårdtagare kan uppstå på grund av feltolkningar av kroppsspråket. En stressad sjuksköterska kan med sitt ansiktsuttryck och sina gester kommunicera med patienten på ett sätt som inte var menat.

Att bli sedd som en unik person med unika behov ansågs av många föräldrar vara viktigt (46, 48, 52). När det behovet tillgodosågs kände sig föräldrarna väl bemötta (52). Sjuksköterskans förmåga att bemöta föräldrar väl kan påverkas av avdelningens belastning och hur stressad sjuksköterskan är. En lugn och sansad sjuksköterska som är trygg i sin roll kan ha lättare för att ta sig tid till att se personen bakom sjukdomen och dennes unika behov.

Föräldrar i Kristensson – Hallströms (43) studie upplevde det som en lättnad när sjuksköterskan under det mest kritiska stadiet tog över den mesta av omvårdnaden för att när barnets tillstånd sedan blev stabilare successivt överlåta mer och mer omvårdnadsansvar till föräldrarna (43). Tveiten (26) menar att för att föräldrarna ska uppleva interaktionen med sjuksköterskan som positiv behöver det stå klart för dem att sjuksköterskan har det huvudsakliga ansvaret för omvårdnaden och behandlingen av barnet (26). Det är viktigt med en öppen och klar kommunikation mellan parterna för att föräldrarna ska känna sig säkra på vad de kan göra och hur de förväntas att medverka. Detta är en förutsättning för att föräldrarna ska kunna bidra så mycket som möjligt i den utsträckning de vill och kan.

I Kristensson – Hallström (43) studie framkom att föräldrar till barn som kom in för elektiv vård var mer delaktiga i vården än de som inkom akut. Detta resultat är ganska väntat, då föräldrarna till barnen med planerade ingrepp har haft mer tid på sig att förbereda sig. I dagens samhälle kan vemsomhelst som har tillgång till en dator och internet söka information. Antagligen har patienter och närstående idag mer kunskap om sin sjukdom än förr. De som kommer in akut har självklart inte haft samma möjligheter att förbereda sig på den nya situationen och vet därför inte i vilken utsträckning de kan delta i vården. Förmodligen deltar de som kommer in för elektiv vård i större utsträckning då de troligtvis haft kontakt med vården tidigare och därmed är tryggare i sjukhusmiljön.

Att känna sig trygg

Resultat visade att föräldrarna tyckte att det var viktigt att skapa en god relation med sjuksköterskan (48, 52). Föräldrarna uttryckte ett behov av att sjuksköterskan tog sig tid att lära känna dem och barnet på ett djupare, mer personligt plan (48). Travelbee (40) menar att sjuksköterskan har ett tillfälle att lära känna vårdtagaren på ett personligt plan vid varje interaktion vilket gör det lättare att se individens omvårdnadsbehov (40). En anledning till att sjuksköterskor inte tar sig tid till att stanna hos patienten en liten stund och lära känna patienten kan vara att de känner att de inte har tid. En tanke är dock att det inte behöver ta så lång tid att sätta sig ner hos patienten och prata en stund. På en vårdavdelning träffar man patienten kortare stunder flera gånger om dagen. Att utnyttja dessa tillfällen till att lära känna personen bakom sjukdomen kanske kan räcka för att få patienten att känna sig sedd som en unik person.

Ett intressant resultat var att pappor och föräldrar till akut insjuknade barn var mer benägna att lita på sjukvården än mammor och de som låg inne för elektiv behandling (43). Kanske kan detta bero på att de som kommer in akut känner en stor lättnadskänsla och fullständigt överlåter sitt barn till personer de anser vara experter. En annan idé är att föräldrar som har barn som vårdas elektivt kan ha mer erfarenhet av sjukvården vilket kan ha lett till att de sett och upplevt brister, som i sin tur gjort att förtroendet för sjukvården minskat. Att pappor var mer benägna att lita på sjukvården än mammor är ett intressant fynd. Beror detta på att kvinnor och män i olika utsträckning litar på andra människor? I sådana fall kan vi helt förkasta den gamla bilden av mannen som ”beskyddare av familjen”. Skulle det rentav kunna vara så att fler kvinnor än män har jobbat eller jobbar inom vården och har därmed ett mer kritiskt öga än män?

Föräldrar uttryckte ett behov av att vara en i laget kring barnet. När föräldrarna kände sig inkluderade i laget ökade förtroendet för sjukvårdspersonalen (48). Wright et al. (13) skriver att det förr var naturligt att involvera familjen i omvårdnaden eftersom sjukvården från början sköttes i patientens hem (13). Då hemsjukvården blir allt mer specialiserad kan mer avancerad vård tillhandahållas i hemmet vilket gör det oerhört viktigt att inkludera föräldrar och närstående i vården.

För att känna sig trygga i den nya situationen upplevde föräldrarna att det var viktigt att samma personer tog hand om barnet under vårdtiden (52, 53). Misstro och känslan av att barnet inte var omhändertaget var mer påtaglig i de fall det var många olika personer inblandade i vården (52). Föräldrarna till ett barn träffade så många som 17 olika personer under en operationsdag (43) vilket är ett väldigt stort antal personer. Enligt NOBAB ska barnet garanteras kontinuitet i vården (7). Kanske kan vården planeras på

ett sätt som gör att föräldrarna och barnet omgärdas av ett mindre antal personer. Samtidigt får man ta hänsyn till de olika kunskapsområdena som finns inom samma profession med tanke på att vården blir allt mer specialiserad vilket leder till att ett större antal personer blir involverade i vården. I Heller et al. (53) studie framkom att föräldrarnas oro att information om barnet skulle glömmas bort minskade då personalkontinuiteten var hög (53). Att ha ett barn på sjukhus är ansträngande i sig för föräldrarna och att ständigt behöva informera ny personal om barnets behov och önskemål lär öka dessa påfrestningar ytterligare.

Resultat visade att föräldrarna tyckte det var viktigt att sjuksköterskan hade en god utbildning (43, 44, 48). Lagerkrantz et al. (5) beskriver att den svenska barnsjukvården har som ambition att endast ha specialutbildade sjuksköterskor på sjukhusavdelningar (5). Att sjuksköterskor har specialkompetens inom barnsjukvård är ett begripligt önskemål från föräldrarna. Självklart vill de känna sig trygga med att sjuksköterskan har den kompetens som krävs för att ta hand om deras barn. Bristen på barnsjuksköterskor gör dock att målet idag inte är uppfyllt.

Att vara förälder

Resultatet visade att många föräldrar upplevde ett behov av att vara nära sitt barn under vårdtiden (44, 46, 47, 49). Flera föräldrar upplevde att sjukhusmiljön gjorde det svårt för dem att vara nära sitt barn dygnet runt (44, 47). De önskade bättre möjligheter att äta och sova hos barnet (47, 48). Enligt NOBAB (7) har varje barn på sjukhus rätt att ha en förälder eller annan närstående med sig hela tiden. Föräldrarna ska även få möjlighet att stanna hos sitt barn hela tiden och få möjlighet att övernatta (7). En förhoppning är att alla de föräldrar vars barn vårdas på en vuxenavdelning har samma förutsättningar att få vara nära sitt barn som de föräldrar som har sitt barn inlagda på en barnavdelning.

Föräldrar upplevde att de ville göra saker som kändes naturliga och bekanta för barnet i ett försök att skapa en lugn och trygg miljö (44). För att normalisera den obekanta situationen bör sjukhusmiljön vara anpassad efter familjen (24). Personalen och rutinerna på avdelningen bör anpassas efter varje familjs vanor. Till exempel kan de strikta mattiderna anpassas efter individen, alla människor äter inte en stor frukost tidigt på morgonen. Möjligheten ska finnas att få äta sin frukost vid ett senare tillfälle istället.

Många föräldrar ansåg sig vara experter på sina barn (44, 47). Föräldrarna hade ett behov av att deras kompetens fick utrymme i vården (44) och de utvecklade en trygghet i sin föräldraroll när de upplevde sig ha den mesta kunskapen om sitt barn (43, 49). Kirkevoid (9) beskriver att familjens resurser måste tas tillvara för att möjliggöra en god vård (9). Det är viktigt för sjuksköterskan att verkligen förstå att föräldrarna känner sitt barn bäst. Att våga rådfråga föräldrarna och ta tillvara på deras kunskaper kan hjälpa till att skapa en god, individanpassad, vård. Resultat visade att föräldrar upplevde det som en trygghet när sjuksköterskan under det kritiska tillståndet tog över omvårdnaden (50). Det är viktigt att föräldrarna och sjuksköterskan har en öppen och fortlöpande dialog kring vem som ska göra vad i barnets omvårdnad och i vilka situationer. Genom att ha denna dialog kan man undvika att föräldrarna hamnar i en situation de inte känner sig trygga i.

Många föräldrar beskrev att de levde med oro och stress (49, 51). Gamla känslor väcktes hos de föräldrar som hade tidigare erfarenhet från sjukhus (51). Tidigare erfarenheter avgör i vilken utsträckning vi upplever och reagerar på stress (38, 39). Ross

et al. (37) beskriver att det är viktigt att den som utsätts för stress får stöd från familjen (37). Sjukvårdspersonal kan underlätta för föräldrarna genom att till exempel erbjuda sig att vara hos barnet om föräldrarna behöver tid utanför sjukhuset. Det är viktigt att föräldrarna ibland tar sig tid för sig själva och gör något för att skingra tankarna vilket kan motverka stressen det innebär att vara på sjukhus.

Konklusion

Syftet med litteraturstudien var att belysa föräldrars upplevelser av att ha barn på sjukhus. Det som har framkommit är att behovet av god kommunikation mellan föräldrar och sjuksköterskor är mycket stort. Att föräldrarna får kontinuerlig information om barnets hälsotillstånd och behandlingar är grundläggande för att föräldrarna ska känna sig trygga. Ett annat framstående resultat var föräldrars behov av att få vara föräldrar. Deras känsla av att vara den som känner barnet bäst ger dem trygghet i situationen och det är viktigt att sjuksköterskan tar tillvara på föräldrarnas kunskaper om barnet. Föräldrarna ville vara nära sitt barn hela tiden och efterlyste bättre möjligheter att få vara det. Om en god relation mellan sjuksköterska och föräldrar upprätthålls minskar föräldrarnas oro vilket möjliggör ökad delaktighet och en ökad trygghet.

Några skillnader i resultatet länder emellan gick inte att identifiera. En tanke är att detta kan bero på att upplevelserna och behoven var grundläggande för vad föräldrar förväntas uppleva när deras barn är på sjukhus.

Under arbetets gång publicerades en ny artikel som undersökte barns upplevelser av stress inför att genomgå en operation. Resultat visade att de barn som träffade samma sjuksköterska innan och efter operationen upplevde mindre stress. Det framkom även att de föräldrar som kände sig delaktiga var mindre oroliga vilket påverkade barnet positivt (55). Dessa resultat är intressanta då de är lika de resultat som framkom i litteraturstudien. Vidare forskning om hur familjen som helhet upplever och påverkas av en sjukhusvistelse skulle kunna bidra till hur sjuksköterskan kan få ökad förståelse för familjens behov.

REFERENSLISTA

1. UNICEF. Barnkonventionen. [hämtad 2011 dec 7]; Tillgänglig: <http://unicef.se/barnkonventionen>.
2. Erlöv I, Petersson K. Från kall till personlighet : sjuksköterskans utbildning och arbete under ett sekel. Lund; 1992.
3. Ygge BM. Föräldrar i barnsjukvården. I: Bischofberger E, Dahlqvist G, Edwinston Månsson M, Tingberg B, Ygge BM. (red.). Barnet i vården. Stockholm: Liber; 2004. s. 13-31.
4. MacCarthy D, Mac Keith R. A parent's voice. Lancet. 1965 Dec 18;2(7425):1289-91.
5. Lagercrantz H, Lindberg T, Gustavsson LH. Barnet i gårdagens och dagens samhälle. I: Lindberg T, Lagercrantz H. (red.). Barnmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 21-8.
6. Lindberg T. Barn och hälso- och sjukvård. I: Lagercrantz H, Lindberg T. (red.). Barnmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 29-34.
7. NOBAB S. Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. 2005 [hämtad 2011 dec 7]; Tillgänglig: <http://www.nobab.se/standard/nordstand.html>.
8. Whyte DA. Explorations in family nursing. London: Routledge; 1997.
9. Kirkevold M. Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. I: Kirkevold M, Ekern KS. (red.). Familjen i ett omvårdnadsperspektiv. Stockholm: Liber; 2003. s. 19-48.
10. Cherlin AJ. Marriage, divorce, remarriage. Cambridge, Mass.: Harvard U.P.; 1981.
11. Ganong LH. Current Trends and Issues in Family Nursing Research. Journal of Family Nursing. 1995 May 1, 1995;1(2):171-206.
12. Keilman N, Brunborg H. Household projections for Norway, 1990-2020. P. 1, Macrosimulations. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 1995.
13. Wright LM, Leahey M. Nurses and families : a guide to family assessment and intervention. Philadelphia: F.A. Davis; 1994.
14. Körner E, Åhäll K-I. Föräldraskapets (o)möjligheter : utredning & behandling av barn och relationen förälder-barn ur ett anknytningsperspektiv. Göteborg: Psykologi Aveny; 2005.
15. Kihlbom M, Mattsson K, Ström A, Torudd C. Uppgift förälder : att förstå och stödja föräldrablivandet. Stockholm: Natur och kultur; 1994.
16. DeMause L. The history of childhood. New York: Psychohistory P.; 1974.
17. Bäck-Wiklund M, Bergsten B. (red.). Det moderna föräldraskapet : en studie av familj och kön i förändring. Stockholm: Natur och kultur; 1997.
18. Hanson SMH. Family health care nursing : theory, practice, and research. Philadelphia: F. A. Davis; 2001.
19. Saveman B-I, Benzein E. Förord till svenska upplagan. I: Wright LM, Watson WL, Bell JM. (red.). Familjefokuserad omvårdnad : föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2002. s.13-5.

20. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(10):1317-23.
21. Wright LM, Leahey M. Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*. 1990;15(2):148-54.
22. Irlam LK, Bruce JC. Family-centred care in paediatric and neonatal nursing--a literature review. *Curationis*. 2002 Aug;25(3):28-34.
23. Hutchfield K. Family-centred care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 1999 May;29(5):1178-87.
24. Franck LS, Callery P. Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health and Development*. 2004;30(3):265-77.
25. Tondi M H. Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*. 2010;25(5):335-43.
26. Tveiten S, Larsson-Wentz K. *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
27. Bomar PJ. *Nurses and family health promotion : concepts, assessment, and interventions*. Philadelphia: Saunders; 1996.
28. Ham LM, Chamings PA. *Family Nursing: Historical Perspectives*. I: Clements IW, Roberts FB. (red.). *Family Health : A Theoretical Approach To Nursing Care*. New York: Wiley; 1983. s. 88-109.
29. Whall AL. *The Family as the Unit of Care in Nursing: A Historical Review*. I: Wegner GD, Alexander RJ. (red.). *Readings in Family Nursing*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1993. s. 3-12.
30. Besser FS. Great Ormond Street anniversary. *Nursing mirror and midwives journal*. 1977;144(6):60-3.
31. Nightingale F. *Notes on nursing : what it is, and what it is not*. London: Harrison; 1860.
32. Kirkevold M. Familjens ställning i omvårdnaden. I: Kirkevold M, Ekern KS. (red.). *Familjen i ett omvårdadsperspektiv*. Stockholm: Liber; 2003. s. 49-69.
33. Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, Oye R, Desbiens N, Reding D, et al. The Impact of Serious Illness on Patients' Families. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1994 December 21, 1994;272(23):1839-44.
34. Lewis FM, Hammond MA, Woods NF. The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: the development of an explanatory model. *J Behav Med*. 1993 Aug;16(4):351-70.
35. Wright LM, Watson WL, Bell JM. *Beliefs : the heart of healing in families and illness*. New York: BasicBooks; 1996.
36. Kern RD. *Family Assessment and Intervention*. I: Nicassio PM, Smith TW. (red.). *Managing chronic illness : a biopsychosocial perspective*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 1995. s. 207-44.
37. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *Journal of Marriage and Family*. 1990;52(4):1059-78.
38. Almén N. *Stress- och utmattningsproblem : kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Lund: Studentlitteratur; 2007.
39. Lundberg U, Wentz G. *Stressad hjärna, stressad kropp : om sambanden mellan psykisk stress och kroppslig ohälsa*. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 2004.

40. Travelbee J, Overgaard AE, Schou A. Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. København: Munksgaard; 2006.
41. Nilsson B, Waldemarson A-K. Kommunikation : samspel mellan människor. Lund: Studentlitteratur; 2007.
42. Eide T, Eide H, Kärnekull B, Kärnekull E. Kommunikation i praktiken : relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg. Malmö: Liber; 2006.
43. Kristensson-Hallstrom I. Parental participation in pediatric surgical care... four studies that took place at two university hospitals in Sweden. AORN Journal. 2000;71(5):1021.
44. Hallström I, Runesson I, Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. Journal of Pediatric Nursing. 2002;17(2):140-8.
45. Friberg F. Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
46. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstrom AL. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2006;20(1):35-41.
47. Lam LW, Chang AM, Morrissey J. Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: a qualitative study. International Journal of Nursing Studies. 2006;43(5):535-45.
48. Thompson VL, Hupcey JE, Clark MB. The development of trust in parents of hospitalized children. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2003;8(4):137-47.
49. Lundqvist P, Westas LH, Hallstrom I. From distance toward proximity: fathers' lived experience of caring for their preterm infants. Journal of Pediatric Nursing. 2007;22(6):490-7.
50. Hopia H, Tomlinson PS, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. Journal of Clinical Nursing. 2005;14(2):212-22.
51. Hall EOC. Danish parents' experiences when their new born or critically ill small child is transferred to the PICU -- a qualitative study [Danish]. Klinisk Sygepleje. 2006;20(2):4-14.
52. Espezel HJE, Canam CJ. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Journal of Advanced Nursing. 2003;44(1):34-41.
53. Heller KS, Solomon MZ. Continuity of Care and Caring: What Matters to Parents of Children with Life-Threatening Conditions. Journal of Pediatric Nursing. 2005;20(5):335-46.
54. Colville G, Darkins J, Hesketh J, Bennett V, Alcock J, Noyes J. The impact on parents of a child's admission to intensive care: integration of qualitative findings from a cross-sectional study. Intensive & Critical Care Nursing. 2009;25(2):72-9.
55. Wennström B, Törnhage C-J, Nasic S, Hedelin H, Bergh I. The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. Pediatric Anesthesia. 2011;21(10):1058-65

BILAGOR

BILAGA I – SÖKÖVERSIKT

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Utvalda artiklars ref. nr.	Datum för sökning
PubMed	family centered care AND child AND parents experience AND nursing	English, Swedish, All Child: 0-18 years, published in the last 10 years	19	49, 53	November 2011
PubMed	family health care AND hospitalized child AND parents experience AND nursing	English, Swedish, All Child: 0-18 years, published in the last 10 years	27	54, 46	November 2011
Cinahl	family centered care AND child AND parents experiences AND nursing	Peer reviewed, publ. 2000- framåt	6		November 2011
Cinahl	family health care AND hospitalized child AND parents experiences AND nursing	Peer reviewed, publ. 2000- framåt	1		November 2011
Cinahl	Professional-family relations AND experiences AND parents AND hospitalized child AND nursing	Peer reviewed, publ. 2000 - framåt	24	50, 48, 52	November 2011
Cinahl	Professional-family relations AND experiences AND parents AND hospitalized AND child	Peer reviewed, publ. 2000 - framåt	34	47, 51	November 2011
Scopus	Family centered care AND parents experiences AND child	Nursing, article, publ. 2000 – framåt	31	43	November 2011
	Manuell sökning utifrån andra artiklars referenslistor	Funnen som referens i artikel (50, 51)		44	November 2011

BILAGA II - ARTIKELPRESENTATION

Referensnummer: 43

Författare: Kristensson – Hallström I.

Titel: *Parental Participation in Pediatric Surgical Care*

Tidskrift: AORN Journal

Publikationsår: 2000

Land: Sverige

Syfte: Att belysa olika aspekter av föräldrars medverkan i omvårdnaden på en barnkirurgisk avdelning.

Metod/Urval: Review. Artikeln sammanfattar fyra studier vars mål var att utforska olika vinklar av föräldrars medverkan i vården av deras barn.

I den första studien kontaktades föräldrar till barn som låg inne på en avdelning för elektiv kirurgi samt vårdpersonal. I studie nummer två kontaktades föräldrar till pojkar som skrevs in för elektiv hypospadi kirurgi. I den tredje studie skickades frågeformulär hem till föräldrarna vars barn varit inskrivna på två olika kirurgiska avdelningar och en medicin/kirurgisk avdelningen på ett universitets sjukhus. Den fjärde studien genomfördes med hjälp av två grupper föräldrar, en kontrollgrupp och en interventionsgrupp där vården designades efter resultatet i de tre föregående studierna.

Antal citeringar: 11 i databasen Scopus

Referensnummer: 44

Författare: Hallström I, Runesson I, Elander G.

Titel: *Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization*

Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing

Publikationsår: 2002

Land: Sverige

Syfte: Att studera föräldrars upplevda behov under en sjukhusvistelse då deras barn vårdades antingen inom slut- eller öppenvård.

Metod/Urval: Observationsstudie. Föräldrar följdes från första timmen de anlände till sjukhuset och sedan under episoder under hospitaliseringen. Föräldrarna följdes under olika tider på dygnet.

Man följde under 9 veckor 24 barn och deras föräldrar under olika händelser på sjukhuset. Alla barnen var patienter på en barnavdelning vid ett universitetssjukhus i södra Sverige.

Antal citeringar: 22 i databasen Scopus

Referensnummer: 46

Författare: Wigert H, Johansson R, Berg M & Hellström A-L.

Titel: *Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit*

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences

Publikationsår: 2006

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva mammors upplevelser när deras nyfödda bebis vårdades på intensivvårdsavdelning

Metod/Urval: Intervjustudie där 10 mammor intervjuades en gång år 2002. Barnen var på intensivvårdsavdelningen mellan en och 14 dagar. Intervjuerna hölls sex månader

till sex år efter händelsen. Frågorna var öppna och mammorna fick berätta om deras upplevelser.

Antal citeringar: 25 i databasen Scopus

Referensnummer: 47

Författare: Wah Lam L, Chang M & Morrissey J.

Titel: *Parents' experiences of participation in the care of hospitalized children: A qualitative study*

Tidskrift: International Journal of Nursing studies

Publikationsår: 2006

Land: Kina

Syfte: Att undersöka föräldrars erfarenheter av medverkan i vården när deras barn var på sjukhus.

Metod/Urval: Intervjustudie där semistrukturerade frågor ställdes till 19 föräldrar vars barn var inneliggande på sjukhus mer än 48 timmar. Intervjurna pågick i cirka en timma och hölls på sjukhuset där barnet vårdades. Intervjuerna spelades in och anteckningar gjordes under tiden.

Antal citeringar: 9 i databasen Scopus

Referensnummer: 48

Författare: Thompson V. L, Hupcey J. E, Clark M. B.

Titel: *The Development of Trust in Parents of Hospitalized Children*

Tidskrift: Journal for Specialists in Pediatric Nursing

Publikationsår: 2003

Land: USA

Syfte: Att undersöka hur föräldrar som har barn på sjukhus utvecklar tillit.

Metod/Urval: Intervjustudie. Informationen samlades in genom inspelade, kvalitativa, semistrukturerade intervjuer. Efter detta samlades demografisk data in från samtliga deltagare. Intervjuerna fokuserade på föräldrarnas erfarenheter från tiden då deras barn var inneliggande.

Antal citeringar: 7 i databasen Scopus

Referensnummer: 49

Författare: Lundqvist P, Hellström- Westas L & Hallström I.

Titel: *From Distance From Proximity: Fathers' Lived Experience of Caring for Their Preterm Infants*

Publikationsår: 2007

Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing

Land: Sverige

Syfte: Att belysa pappors upplevda erfarenheter av att vårda deras förtidigt födda barn.

Metod/Urval: Intervjustudie med öppna frågor. 13 pappor i åldern 27 till 45 år deltog i studien. Information om studien gavs till papporna när barnets hälsotillstånd hade stabiliserats, vanligtvis vid två till fyra veckors ålder. Intervjuerna hölls mellan 1-3 månader efter det att barnet hade fötts. Alla deltagarna blev ombedda att beskriva deras upplevelser av att vårda deras för tidigt födda barn.

Antal citeringar: 3 i databasen Scopus

Referensnummer: 50

Författare: Hopia H, Tomlinson S. P, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P.

Titel: *Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health*

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Publikationsår: 2005

Land: Finland

Syfte: Att belysa familjers syn på hur sjuksköterskan kan främja familjehälsa när ett barn ligger inne på sjukhus.

Metod/Urval: Intervjustudie baserad på grounded theory metod. Intervjuer hölls med 29 familjer som hade ett barn med en kronisk sjukdom som behandlades eller hade behandlats på en pediatrik vårdavdelning. När intervjuerna hölls fick 13 av barnen behandling på sjukhus, 15 barn behandlades i öppenvården och ett barn hade dött.

Antal citeringar: 27 i databasen Scopus

Referensnummer: 51

Författare: Hall E. O. C.

Titel: *Danish Parent's Experiences When Their New Born or Critically Ill Small Child is Transferred to the PICU – a Qualitative Study*

Tidskrift: British Association of Critical care Nurses

Publikationsår: 2005

Land: Danmark

Syfte: Att identifiera danska föräldrars erfarenheter när deras nyfödda eller kritiskt sjuka barn förflyttades till eller från en barnintensivvårdsavdelning.

Att beskriva föräldrarnas syn på omvårdnaden under barnets sjukhusvistelse.

Metod/Urval: Intervjustudie. Djupintervjuer hölls med föräldrarna två gånger, 1 vecka och 3 månader efter att barnet skrevs ut från sjukhuset. Intervjuerna varade i 1,5 – 2,5 timmar och spelades in på band.

Antal citeringar: 7 i databasen Scopus

Referensnummer: 52

Författare: Espezel H. J.E & Canam C. J.

Titel: *Parent-nurse interactions: care of hospitalized children*

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Publikationsår: 2003

Land: Kanada

Syfte: Att undersöka föräldrars upplevelser av att interagera med sjuksköterskor i sjukhusmiljö i vården av deras barn.

Metod/Urval: Intervjustudie där djupintervjuer hölls med åtta föräldrar från sju familjer. Data samlades in under en 7-månaders period. För att föräldrarna skulle ha upprepade erfarenheter av interaktionen med sjuksköterskor, var ett inklusionskriterie att barnet skulle vara 18 månader eller äldre.

Antal referenser: 33 i databasen Scopus

Referensnummer: 53

Författare: Heller K. S, Solomon M. Z.

Titel: *Continuity of Care and Caring: What Matters to Parents of Children with Life-Threatening Conditions*

Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing

Publikationsår: 2005

Land: USA

Syfte: Att belysa föräldrars uppfattning av kontinuitet inom vården.

Metod/Urval: Intervjustudie. Föräldrarna eller andra vårdnadshavare intervjuades via telefon 3 till 10 månader efter att deras barn hade gått bort. Det var viktigt att de som skulle vara med i studien i detalj kom ihåg sin och sitt barns upplevelse av vården.

Antal citeringar: 30 i databasen Scopus

Referensnummer: 54

Författare: Colville G, Darkins J, Hesketh J, Bennett V, Alcock J & Noyes J.

Titel: *The impact on parents of a child's admission to intensive care: Integration of qualitative findings from a cross-sectional study*

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing

Publicationsår: 2009

Land: Storbritannien

Syfte: Att granska graden av stress som föräldrar upplevde åtta månader efter deras barns utskrivning från intensivvårdsavdelning.

Metod/Urval: Intervjustudie där 50 föräldrar intervjuades med semistrukturerade öppna frågor. Intervjuerna hölls åtta månader efter att barnet skrevs ut från avdelningen och ett krav var att barnet var på avdelningen i minst 24 timmar. Föräldrarna intervjuades separat i deras hem och intervjuerna spelades in.

Antal citeringar: 6 i databasen Scopus